Über einen Fall von hysterischem Ileus.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER

MEDIZINISCHEN DOKTORWÜRDE

VORGELEGT DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

ALBERT-LUDWIGS-UNIVERSITÄT

ZU

FREIBURG IM BREISGAU

ACAD. LUDD. BAT. BIBL.

VON

KARL MARX

MEDIZINALPRAKTIKANT

AUS

MÜNCHEN.

Freiburg i. Br.

SPEYER & KAERNER

Universitätsbuchhandlung

1911.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Freiburg i. Br.

Dekan und Referent:

Geh. Hofrat Professor Dr. Kraske.

Druck von A. Bonz' Erben in Stuttgart.

Dem Andenken
meiner lieben Mutter.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545315_0107

Über einen Fall von hysterischem Ileus.

Das Vorkommen eines hysterischen Ileus darf wohl nach den Beobachtungen der letzten dreißig Jahre kaum mehr zweifelhaft sein; sind doch in diesem Zeitraum mehrere Fälle zur Veröffentlichung gekommen, welche mehr oder weniger unzweideutig als hysterisch aufgefaßt werden müssen.

Prinzipiell ist die Frage ja für den Chirurgen von großer, praktischer Bedeutung, denn man wird nicht gleich zur Operation schreiten bei einem an Ileus leidenden Individuum, welches hysterische Stigmata aufweist oder sonst Zeichen für Hysterie bietet, solange wenigstens keine direkte Lebensgefahr für den Patienten besteht; negiert man aber das Vorkommen eines Ileus auf hysterischer Grundlage überhaupt, so wäre jedes Zuwarten für den Patienten zwecklos und sogar schädlich, da die Chancen einer Operation bei Ileus ja bekanntlich in dem Maße abnehmen, je länger man mit derselben wartet.

Theoretisch ist ja auch der hysterische Ileus ohne große Schwierigkeit zu erklären, denn man kann sich leicht vorstellen, daß durch Krampfzustände oder Lähmungen des Darmes Verhältnisse geschaffen werden, welche die Symptome eines richtigen Ileus machen; denn gerade im Körper hysterischer Personen sind intensive Lähmungen und Krämpfe überaus häufig.

Ich bin nun in der Lage, einen weiteren Fall von hysterischem Ileus bekanntgeben zu können, welcher in der hiesigen chirurgischen Universitätsklinik zur Beobachtung kam.

Es handelt sich um den 33 Jahre alten Kaufmann Robert M. aus Cannstatt. Der Kranke wurde in die chirurgische Klinik aus dem hiesigen Amtsgefängnis eingeliefert, wo er sich wegen Diebstahls in Untersuchungshaft befand.

Anamnese:

Vater † mit 66 J. an Herzschlag. Mutter † mit 58 J. an Lungenentzündung. Ein Bruder † an galoppierender Schwindsucht. Drei Geschwister leben, gesund. In der Familie keine Nervenkrankheiten, keine Epilepsie, keine Geisteskrankheiten.

Mit 12 Jahren hatte Patient Hirnhautentzündung. Nähere Angaben, auch über Dauer der Krankheit, konnte er nicht machen. Militärfrei angeblich wegen Herzfehlers. Er will auch an zeitweise auftretenden Anfällen leiden, krampfartiger Natur, welche ihn plötzlich, meist ohne Vorboten, überraschen. Klagt sehr viel über Kopfschmerzen.

Ferner gab Patient an, vor 3 Jahren wegen Darmverschlingung in St. operiert worden zu sein und daselbst 15 Wochen krank gelegen zu haben. Auf eine dorthin gerichtete Anfrage bekamen wir den Bescheid zurück, daß zur angegebenen Zeit ein Patient dieses Namens nicht aufgenommen gewesen ist. Es ist jedoch nicht ausgeschlossen, daß Patient damals einen anderen Namen führte und möglicherweise doch operiert wurde.

Vor einem Jahr (Februar 1910) wurde Patient zweimal in H. operiert, wegen „Ileus durch Adhäsionen“. Das Intervall zwischen beiden Operationen betrug vier Wochen; der Leib war nach Angabe des Patienten vor der ersten Operation seinerzeit sehr stark aufgetrieben; M. klagte über sehr heftige Schmerzen im ganzen Leibe

und hatte öfters Koterbrechen. Daraufhin Operation. Nach Ablauf von 18 Tagen wieder Auftreten derselben Erscheinungen. Daher erneute Operation. Der von H. erbetene Bericht lautete: M. wurde zweimal operiert wegen Adhäsionsileus nach früherer Appendicitis. Lösung von Verwachsungen.

Am 9. II. 11 bekam Patient wieder plötzlich krampfartige Schmerzen im ganzen Leib. Dieser war sehr stark aufgetrieben. Viermaliges Erbrechen nicht fäkulenter Massen. Viel Aufstoßen. Seit dieser Zeit auch keine Winde und keinen Stuhlgang mehr. Patient hatte fieberhafte Temperaturen, 38,8—39,3°; starke Kopfschmerzen. Am 15. II. 11 wurde er zwecks Operation hereingeschickt in die hiesige chirurgische Klinik.

Status:

Mittelgroßer Mann von kräftigem und regelmäßigem Körperbau, gut entwickelter Muskulatur und kräftigem Fettpolster. Patient sieht gesund aus, besitzt einen guten Hautturgor; keine Ödeme der Haut. Über den ganzen Körper verstreut, hauptsächlich an den Extremitäten und besonders wieder an beiden Unterarmen, finden sich zahlreiche, kleine längliche Hautnarben, die nach seiner Angabe von Geschwüren herrühren. (Patient ist mit großer Wahrscheinlichkeit Morphinist. Er wurde einige Male überrascht, wie er in früher Morgenstunde in den Operationssaal schlich und aus der Morphiumflasche Morphium entnahm und sich injizierte; jedenfalls dürften die Abszesse durch die vielen Injektionen bedingt sein. Auch während des Aufenthaltes in der Klinik traten mehrere solche Abszesse auf, zwei am linken Unterarm und einer am rechten Oberschenkel in der Nähe des Kniegelenks, welche eine Inzision nötig machten.) Am Leib, ca. 3 cm lateral vom Nabel entfernt, findet sich eine ca. 10 cm lange, median verlaufende Operationsnarbe. Patient kam herein mit einer von ihm selbst in der Achselhöhle gemessenen Temperatur von

39,2° (eine von mir eine halbe Stunde später nach einer kurzen Narkose persönlich vorgenommene Messung per Rectum ergab eine Temperatur von 37,5°). Puls 81.

Bei der Aufnahme enormer Meteorismus und starke Bauchdeckenspannung. Darmsteifung war in der Nabelgegend vorhanden und verlief in Form einer Welle. Zunge sehr stark belegt.

Auf Grund dieses Befundes und der anamnestischen Angaben hielt man daher eine sofortige Operation für indiziert und wurde Patient zu diesem Zwecke narkotisiert; da jedoch in der Narkose der Leib ganz einsank und weich geworden war, ohne daß der Narkotiseur Abgang von Winden oral- oder kaudalwärts bemerkte, wurde von einer Operation Abstand genommen und Patient zur Beobachtung auf den Krankensaal gelegt.

Die Untersuchung der Lungen ergab normale Grenzen, nirgends war Schallabschwächung oder -dämpfung nachzuweisen. Auskultatorisch fand sich überall reines Vesikuläratmen.

Die Herzgrenzen fanden sich an normaler Stelle, die Töne leise. Erster Mitralton etwas unrein, zweiter Pulmonalton wenig akzentuiert.

Urin frei von Eiweiß, Zucker und Indikan.

Die Untersuchung des Nervensystems ergibt zunächst wenig Anhaltspunkte für Hysterie. Der Rachenreflex und Cornealreflex sind herabgesezt, die übrigen Reflexe gut ausgeprägt und normal, es finden sich keine Schmerzpunkte, keine Sensibilitätsstörungen, keine Gesichtsfeldeinschränkung.

Magen bei mehrmaliger Spülung ganz leer.

16. II. Temperatur 37,2. Zustand im ganzen unverändert, starker Meteorismus und Schmerzhaftigkeit beim Palpieren vorhanden. Druckschmerz am ausgesprochensten unterhalb der alten Operationsnarbe in der Regio hypogastrica.

Kein Erbrechen. Kein Abgang von Winden oder

Faeces, auch nicht auf Physostigmin und Atropin. Auf Darreichung von 200 g Glycerin per Klysma werden einige Kotmassen entleert, frei von Blut und Schleim. Auffallend bleibt ein offenbarer Wechsel in der Stärke des Meteorismus.

19. II. abends Anfall. Patient sinkt mit seinem Oberkörper aus dem Bett und verfällt unter Schreien in wilde, drehende, wälzende Bewegungen. Pupillen reagieren dabei, der Leib ist während des Anfalls auffallend weich. Durch stärkeres Anrufen wird Patient zum Bewußtsein zurückgebracht.

20. II. Sehr starke Bauchdeckenspannung, hochgradiger Meteorismus und Druckschmerz im ganzen Leib. Median und unterhalb des Nabels ausgesprochene Darmsteifung. Kein Erbrechen, doch viel fäkulentes Aufstoßen. Seit dem 16. II. kein Abgang von Stuhl und Winden mehr. Temperatur 37,5.

Am 21. II. wurde Patient operiert. Auch diesmal sank der Leib in der Narkose ein. Schnitt wie zur Appendektomie nach außen von der alten Narbe. Verwachsung der Fascienblätter der Bauchdecken. Der Darm ist flächenhaft adhärent ans Peritoneum parietale und untereinander, besonders die Dünndarmschlingen. Dünndarm wie Coecum und Colon ascendens sind leicht gefüllt, der Dickdarm angefüllt mit dicken Breimassen. Da nach dem von H. bekommenen Bescheid, nach welchem Patient zweimal operiert wurde wegen „Adhäsionsileus nach früherer Appendicitis“, anzunehmen war, daß die flächenhaften Verwachsungen von einer abgelaufenen Epityphlitis herrührten, wurde der Wurm aufgesucht. Dieser fand sich vollkommen frei beweglich im kleinen Becken liegend, doch war sein unteres distales Fünftel obliteriert; in seiner näheren Umgebung fanden sich keinerlei Verwachsungen. Er wurde abgetragen und die Wunde durch doppelte Serosanaht verschlossen. Da keine stärkere Auftreibung der Därme vorhanden war

und sich nirgends Anhaltspunkte boten für ein größeres Hindernis, auch nirgends freie Flüssigkeit im Bauchraum sich vorfand, da es ferner aber ganz unmöglich war, die ausgedehnten, flächenhaften Verwachsungen zu lösen, wurde der Leib wieder mittels Bronze-Aluminiumdrähte verschlossen.

Der Heilverlauf war ein vollkommen glatter und reaktionsloser. Am zweiten Tage nach der Operation stieg die Temperatur auf 38,6, sank jedoch am dritten Tage bereits wieder auf 37,3 herab. Von da ab keine Temperatursteigerung mehr bis zur Entlassung, die am 26. IV. erfolgte. Am 25. II., also am vierten Tage nach der Operation, trat bereits wieder geringer Meteorismus auf. Auf Darreichung eines Glyzerinklysmas trat zum ersten Male wieder Stuhlentleerung auf, welche seit dem 16. II., mithin 9 Tage, sistiert hatte.

Das weitere Krankheitsbild verlief ziemlich eintönig. Ein in der Stärke wechselnder Meteorismus blieb ständig bestehen, ebenfalls eine mehr oder weniger ausgesprochene Schmerzhaftigkeit beim Palpieren. Daneben wiederholten sich auch die Klagen des Patienten über Aufstoßen, üblen Geschmack im Munde und unerträgliche Kopfschmerzen. Krämpfe wurden während seines Aufenthaltes in der Klinik nicht mehr beobachtet. Auch hatte er kein Erbrechen mehr.

Spontan erfolgte selten Stuhlentleerung trotz guten Appetits des Patienten nnd reichlicher Nahrungsaufnahme. Er wog am 27. II., sechs Tage nach der Operation, 57,0 kg und es steigerte sich sein Gewicht während des Aufenthalts im Krankenhause bis auf 67,5 kg, welches er am 10. IV. erreichte. Bei seiner Entlassung war es wieder auf 65 kg herabgesunken.

Am 10. III. stand Patient zum ersten Male auf, doch hatte die Bewegung im Zimmer und später auch im Freien keinen Einfluß auf die spontane Defäkation. Man war daher gezwungen, ca. alle acht Tage zu Pur-

gantien seine Zuflucht nehmen und wurde abgewechselt zwischen Glyzerinklysmen, Brustpulver, Glyzerinsuppositorien und Karlsbader Salz. Der Urin, der regelmäßig untersucht wurde, zeigte nie pathologische Bestandteile, war vor allen Dingen stets frei von Eiweiß und Indikan.

Am 20. III., 27 Tage post operationem, wurden die Bronze-Aluminiumdrähte entfernt.

7. IV. Furunkel am linken Unterarm und rechten Oberschenkel, Inzision.

12. IV. Furunkel am linken Unterarm, Inzision.

23. IV. Patient wird zur Untersuchung auf die Nervenklinik geschickt. (Bericht siehe später.)

26. IV. Entlassung, Patient wird wieder zur Untersuchungshaft ins Freiburger Amtsgefängnis eingeliefert.

Entlassungsstatus: Operationsnarbe fest und gut verheilt, sezerniert nicht. Beim Husten keine Vorwölbung. Subjektives Wohlbefinden des Patienten leidlich. Er klagt noch über schlechten Geschmack im Munde, viel Aufstoßen und zeitweise auftretende Schmerzen im Leib. Dieser ist mäßig aufgetrieben und zeigt auf Druck, hauptsächlich in der Regio hypogastrica, noch geringe Schmerzhaftigkeit. Selten spontane Stuhlentleerung, meist nur noch Purgantien. Das Aussehen des Patienten ist gesund und kräftig.

Wie ist nun dieser Ileus zu erklären? Bei der Operation fand sich kein eigentliches Hindernis für die Darmokklusion, welche sich dennoch durch die Ileussymptome (Sistieren von Stuhl und Winden, Meteorismus, Darmsteifung, Erbrechen) dokumentierte. Das einzig Positive, was sich bei der Operation vorfand, waren flächenhafte Verwachsungen der Därme untereinander und mit dem Peritoneum parietale. Allein diese wären höchstens imstande, durch Beeinträchtigung der Peristaltik eine habituelle Obstipation hervorzurufen, jedoch keineswegs einen richtigen Ileus, besonders da keinerlei Abknickung und Verlegung durch

Stränge festgestellt werden konnte. Man muß daher zur Erklärung dieses Falles entweder eine Störung in der Funktion des Darmes auf nervöser Basis oder Simulation der Symptome von seiten des Patienten annehmen.

Die Frage, ob es sich hier um einen „Ileus nervosus", ganz allgemein gesprochen, oder um Simulation handelt, ist nicht leicht ganz zu entscheiden. Daß Patient Psychopath ist, ist zweifellos und die von uns selbst beobachteten Krämpfe sprechen mit großer Wahrscheinlichkeit für Hysterie. Herr Professor Bumcke hatte die Liebenswürdigkeit, den Patienten auf seinen Geisteszustand zu untersuchen und kam auch er, besonders auf Grund der anamnestischen Angaben (Enuresis nocturnea, Krämpfe, Suicidversuche etc.) zu der Ansicht, daß Hysterie vorliegt. Es ist natürlich nicht ausgeschlossen, daß Patient trotzdem, oder vielleicht gerade weil er hysterisch ist, einige Symptome, wie zum Beispiel das Fieber, simulierte, denn die meisten Hysterischen sind Kranke und führen ihre Simulationen in einem krankhaft veränderten Bewußtseinszustand aus. —

Daß auf Grund nervöser Erkrankungen die verschiedenartigsten Störungen in der Darmperistaltik eintreten können, ist allgemein bekannt. Es handelt sich dabei teils um eine Steigerung der Peristaltik, die zu der sogenannten peristaltischen Unruhe oder auch zu nervösen Diarrhöen führt, teils um eine Verminderung oder Aufhebung der motorischen Darmfunktionen, die zu verschiedenen Graden der Obstipation mit allen ihren Folgeerscheinungen führen kann. Man kann dann sogar Fälle von Ileus beobachten, in welchen die Obduktion die Darmpassage völlig frei erwies, während des Lebens des Patienten aber ein voll ausgeprägtes Bild der Undurchgängigkeit des Darmes bestanden hatte: Meteorismus, Kollaps und Kotbrechen. Unter solchen Umständen bleibt nichts übrig, als nervöse Einflüsse für das Zustandekommen dieser Form von Ileus ver-

antwortlich zu machen und man hält sich hierzu um so mehr für berechtigt, als diese „Pseudookklusion“ sich bei den verschiedensten Zuständen findet, die alle unter sich nur das Eine gemein haben, — eine starke Einwirkung einer Schädlichkeit auf das Nervensystem. Am häufigsten kommt diese Form von Ileus bei akuter Peritonitis vor, öfter auch im Anschluß an Laparotomien, ferner bei Kontusionen des Leibes und der Hoden, bei Giftwirkungen und endlich als Teilerscheinung der Hysterie und anderen Nervenleiden. Man nimmt an, daß in allen diesen Fällen eine motorische Lähmung des Darmes die letzte Ursache des Ileus ist, in einzelnen Fällen wohl auch eine Erregung des Hemmungsnerven des Darmes, des Nervus splanchnicus, deren Folge eine Aufhebung der Peristaltik, ein Sinken der Herztätigkeit und Kollaps sein würde. Dabei muß aber doch wohl immer vorausgesetzt werden, daß keine Gesamtlähmung des Darmes, sondern nur eine Paralyse einer kleineren oder größeren Strecke desselben eintritt. Ist eine solche partielle Aufhebung der Triebkraft des Darmes vorhanden, so können in der Tat die Kotmassen sich oberhalb dieser Darmpartie ansammeln und werden mit der Zeit nach oben ausweichen und erbrochen werden können.

Außerdem kann es aber wohl auch zu einer Änderung der peristaltischen Tätigkeit in dem Sinne kommen, daß an einer bestimmten, kürzeren oder längeren Strecke des Darmes eine stehende Kontraktion eintritt. Diese Erscheinung, der Enterospasmus, wird dadurch erklärt, daß von den Reiz- und Hemmungsimpulsen, deren beständiger Wechsel die Peristaltik bedingt, die Hemmungsimpulse mehr oder minder in Wegfall kommen. Während also bei der normalen Darmbewegung zur Zeit der Zusammenziehung der Längsfasern die Ringmuskulatur erschlafft und umgekehrt, ist der Enterospasmus durch gleichzeitige tonische Kontraktion der gesamten Darmmuskulatur, der Ring- wie der Längsmuskulatur bedingt.

Zur völligen Obstruktion des Darmes wird es allerdings wohl nicht kommen, denn sogar der Pylorus ist selbst in den schwersten Fällen von Pylorospasmus trotz heftigsten Erbrechens immer noch für Speisen durchgängig. Ein sehr heftiger Darmspasmus, bei welchem die Darmschlinge bis auf Kleinfingerdicke kontrahiert ist, wird höchstens dünnflüssigen, keineswegs mehr dickgeformten Stuhlgang passieren lassen. Daß durch solche spastische Zustände des Darmes schwere Ileussymptome zustande kommen können, zeigen mehrere in der Literatur veröffentlichte Fälle.

So berichtet Schloffer von einer 26jährigen barmherzigen Schwester, welche seit sechs Jahren krank ist (Leibschmerzen, Magendarmbeschwerden, Appetitlosigkeit, chronische Obstipation). Einmal auch angeblich Nierenentzündung mit Schwellungen und Urinverhalten. Vor acht Monaten 14tägiger Anfall von starken Schmerzen, Erbrechen, Verhalten von Stuhl und Winden. 1903 angeblich 8tägiges Aussetzen von Stuhl und Winden, schließlich Erbrechen deutlich fäkulent riechender Massen, daher Laparotomie. Es fand sich eine 20 bis 25 cm lange, auf Kleinfingerdicke kontrahierte Dünndarmschlinge, oberhalb deren Erweiterung auf das Dreifache. Während der Vorlagerung gleicht sich die Darmschlinge aus, keine andere Ursache für den Ileus zu finden. Am nächsten Tage Stuhl. Nach einigen Monaten wieder Darmerscheinungen. Acht Monate nach der Operation Nephropexie wegen l. Wanderniere, ohne Einfluß auf die Darmerscheinungen.

Auch Leube hat sich für das Vorkommen eines spastischen Ileus ausgesprochen auf Grund des von ihm beobachteten Falles: 19jähriges Dienstmädchen, Vomitus nervosus, schließlich werden ausgesprochen fäkulent riechende grüngraue Masse erbrochen. Tumorartige Resistenz im rechten Hypochondrium; am dritten Tage ein deutlich fühlbarer kleinfingerdicker fester Strang,

der genau dem Verlaufe des Dickdarms vom Coecum bis zur Flexura sigm. entspricht. Abends nur noch Colon ascendens und descendens zu fühlen. Zwei Tage lang kein Flatus, kein Meteorismus. Nach 14 Tagen nochmals Koterbrechen, Colon transv. fest kontrahiert. Nach weiteren fünf Tagen zum dritten und letzten Male Koterbrechen.

Als selbständige Darmneurose kommt dieser Enterospasmus nach Nothnagel wohl nicht vor, sondern nur als Teilerscheinung der allgemeinen Nervosität, Neurasthenie, Hysterie etc. Dies zeigt auch deutlich ein Fall, welchen Rosenstein veröffentlicht hat, in welchem die Gleichzeitigkeit im Auftreten der Darmsymptome mit anderen schweren nervösen Erscheinungen den ursächlichen Zusammenhang zwischen beiden klar erkennen läßt: 9jähriger Knabe von blühendem Aussehen, anfallsweise auftretendes Koterbrechen, gleichzeitig andere schwere Nervensymptome, Krämpfe, Trismus, Bewußtlosigkeit. Rosenstein beobachtete selbst, wie der Knabe große, dicke, 8 cm lange Skybale aus dem Munde holte; einmal wurde ein 18 cm langes Stück entleert. Nach einem Alcannaklystier hatten die per os entleerten Massen ein dunkelblaues Aussehen. Häufig trat während des Koterbrechens auch normale Darmentleerung auf. Während der Krampfanfälle genügte das Öffnen der geschlossenen Augenlider immer, um das Bewußtsein wieder wachzurufen, bisweilen auch, um den Anfall zu sistieren. Manchmal waren die Krampfanfälle von geringerer Intensität und dann nicht immer von Koterbrechen begleitet. Große Bromdosen führten in mehreren Monaten zur Heilung.

Rosenstein stellt sich vor, daß sich hier unter dem Einflusse einer Neurose, welche als eine Art von Tetanie aufzufassen ist, eine vorübergehende Striktur im Darm gebildet hat, von welcher Stelle aus die peristaltische Welle in auf- und absteigender Richtung ver-

lief, also gleichzeitig peristaltische und antiperistaltische Bewegung statthatte. Doch nehmen andere Autoren, wie Kausch und Nothnagel, an, daß in diesem Falle Hysterie vorlag, und möchte auch ich mich dieser Ansicht anschließen, da die Art der Anfälle und das ganze Verhalten des Knaben mit großer Wahrscheinlichkeit für Hysterie sprechen.

Beim Vorkommen dieses Zustandes im jugendlichen Alter, wie im vorliegenden Falle, könnte man noch eventuell an das Vorhandensein eines Megalokolons denken, bei welchem ja auch Perioden schwersten Koterbrechens sich einstellen. Doch setzt dieser Zustand gewöhnlich schon sehr bald nach der Geburt ein, auch ist der enorm geblähte Dickdarm bei der Inspektion des Abdomens meist ohne weiteres zu erkennen und läßt sich aus diesem Befund die Krankheit diagnostizieren.

Außer der Darmparalyse und dem Darmspasmus könnte dann noch die Antiperistaltik beim Hysterischen das Bild des Ileus hervorrufen und muß zur Erklärung in den Fällen von hysterischem Ileus noch herangezogen werden, in denen es zum Erbrechen großer, geformter Skybale kommt. Früher hatte man ja schon zur Erklärung des gewöhnlichen Koterbrechens antiperistaltische Bewegungen des Darmes angenommen, allein diese Theorie geriet mit der Zeit immer mehr in Mißkredit und mußte der Erklärung von Haguenot Platz machen. Nach dieser werden die Därme durch die angeschwemmten Kontente immer mehr ausgedehnt und schließlich soweit gefüllt, daß jede Kontraktion der Bauchdecken oder des Zwerchfells und jede geringfügige Darmkontraktion den Darminhalt dorthin treibt, wohin er ausweichen kann, das ist nach oben. Es findet somit also gleichsam ein Überlaufen des gefüllten Darmes statt. Diese Theorie hat nun in den Fällen von Ileus ihre Gültigkeit, in welchen ein mechanisches Hindernis die Darmpassage undurchgängig macht oder in welchen eine

zirkumskripte Darmlähmung an die Stelle dieses mechanischen Hindernisses tritt. Nun ist in der Literatur aber ein Fall verzeichnet, welchen Schloffer veröffentlicht hat, dessen Operationsbefund nicht in Einklang mit dieser Theorie zu bringen ist.

Es handelt sich um eine 28jährige Frau, welche vor mehreren Jahren Bauchfellentzündung durchgemacht hatte; seit Jahren die verschiedensten hysterischen Erscheinungen: Hyper- und Parästhesien, Druckpunkte, Krämpfe, Magensymptome. Vorübergehend wurde Verdacht auf Ulcus geschöpft. Bluthusten, gleichzeitig Blutharn, sechs Wochen andauernd. Nun gibt die Patientin an, seit fünf Tagen keinen Stuhl zu haben. Sie bekam Aloë und Eingießungen und am nächsten Tage, als dies wirkungslos blieb, eine Eingießung mit Sennainfus und drastischen Purgentien. Wegen vollkommener Erfolglosigkeit wurde diese Therapie am nächsten Tage in verstärktem Maße fortgesetzt. Das Allgemeinbefinden war zunächst gut, die Wangen waren hoch gerötet und es bestand keine besondere Auftreibung des Unterleibes; dann trat aber Brechreiz und schließlich Erbrechen auf. Der Arzt besuchte die Patientin gerade zu der Zeit in ihrer Wohnung und fand dort eine große Menge veritablen Kotes in Stücken und Brocken, die ungefähr einem reichlichen Stuhlgang entsprechen würden und die nach Angabe des Mannes der Patientin von dieser soeben erbrochen worden seien. Der Arzt konnte selbst mitansehen, wie die Kranke in seiner Gegenwart noch weitere, nicht unerhebliche Mengen von geformten Kotstücken erbrach und als er schließlich das Schlundrohr einführte, konnte er im gelblich gefärbten und fäkulent riechenden Spülwasser noch durch längere Zeit feste Kotbröckel aus dem Magen entleeren. Daher Verlegung nach der chirurgischen Klinik.

Bei der Aufnahme war geringer Meteorismus vorhanden, Temperatur 38°, Puls 110, das Rectum war

leer, die Winde seit längerer Zeit angehalten. „Nach Eröffnung des Peritoneums lagen Dünndarmschlingen von normaler Weite vor. Da nirgends eine abnorme Ausdehnung des Darms und auch ein mechanisches Hindernis nicht gleich gefunden werden konnte, wurde allmählich unter größter Schonung der Intestina eine vollkommene Eventration derselben vorgenommen. Es zeigten sich hierbei nirgends die geringsten Zeichen der Entzündung, keinerlei mechanisches Hindernis für die Darmpassage und nichts, was sonst das Zustandekommen des Koterbrechens nur irgendwie erklärt hätte. Es konnte auch jetzt nicht einmal eine Erweiterung des Darmes gefunden werden. Im Gegenteil, der Dünndarm war an einzelnen Partien, die dem unteren Ileum angehörten, auf Strecken von beiläufig 10 cm eng kontrahiert und hart anzufühlen.“ Keine festen Kotmassen im Darm. Verschluß der Bauchhöhle.

In diesem Falle liegt nun der unzweideutige Beweis für das Vorkommen antiperistaltischer Bewegungen: der Mangel einer meteoristischen Erweiterung des Darmes bei der Operation und der stellenweise spestisch kontrahierte Dünndarm stehen im strikten Gegensatz zur Haguenotschen Theorie, welche eine Erweiterung des Darmes voraussetzt.

Ferner ist der Schluß auf das Vorkommen von antiperistaltischen Bewegungen beim hysterischen Ileus aus der Beschaffenheit des erbrochenen Kotes zu ziehen. Bei jenen Fällen von Ileus, die durch die mechanische Theorie zu erklären sind, kommt es lediglich zu einer Fäkulenz der erbrochenen flüssigen Massen, welche oft nur durch den Geruch erkannt wird; höchstens hat das Erbrochene die Beschaffenheit dünnen, diarrhoischen Stuhles. Kausch äußert sich über das Koterbrechen folgendermaßen: „Der schwerste Grad von Darmspasmus oder Lähmung könnte aber immer nur das Erbrechen flüssigen Darminhalts erklären; denn ein anderes Bild,

als wir es sonst beim völligen mechanischen Darmverschluß und bei der absoluten Lähmung sehen, könnte doch kaum resultieren. Echte Skybale werden nun aber beim gewöhnlichen Ileus nicht erbrochen; ich habe höchstens feste, krümelige Bröckel in dem im übrigen dünnflüssigen Darminhalt gesehen, nicht einmal dünnbreiig zu nennende Massen, und ich habe auch in der Literatur nichts über das Erbrechen von Kotballen beim gewöhnlichen Ileus finden können. Beim gewöhnlichen Ileus — gleichgültig ob er ein mechanischer oder ein paralytischer ist, ob das Hindernis im Dünndarm oder im untersten Darmende sitzt — werden niemals Skybale erbrochen. Auch bei Operationen wegen Ileus, bei denen wir den Darminhalt dicht oberhalb des Hindernisses zu Gesicht bekommen, ist der Inhalt stets flüssig, selbst wenn sich das Hindernis im untersten Dickdarm befindet . . . Sie (die Antiperistaltik) allein könnte die oralwärts gerichtete Bewegung großer Skybale erklären, zur Not auch, daß die erbrochenen Skybale in vielen Fällen nicht suspendiert waren in größeren Mengen von fäkulenter Flüssigkeit, sondern trocken waren oder zusammen mit wässeriger Flüssigkeit. Der Dünndarm und Magen sind leer, letzterer infolge Erbrechens alles Eingenommenen, ersterer weil vom Magen aus kein Nachschub erfolgt. So kommt es, daß der Dünndarm stark kontrahiert ist. Die Momente, die beim gewöhnlichen Ileus zur Erklärung des Erbrechens vom Darminhalt in Betracht kommen: die einfache Überstauung, der Rückstoß am Hindernis, die Entleerung nach der einzigen offenen Seite bei der Kompression der Bauchpresse und der Darmmuskulatur, fallen demnach fort. Nur eine heftige Antiperistaltik würde den Transport der Skybale durch den sonst leeren Darmschlauch allenfalls erklärlich machen.

Wir müssen daher den Schluß ziehen, daß in Fällen, in denen veritable geformte Kotmassen erbrochen werden,

der Verdacht sehr nahe liegt, daß kein mechanisches Hindernis vorliegt, sondern daß es sich um einen Zustand handelt, der auf rein nervöser Grundlage, vielleicht auf dem Boden der Hysterie zustande gekommen ist.

Außerdem ist für die Symptomatologie des hysterischen Ileus auch das Aussehen und der Allgemeinzustand des Patienten charakteristisch in dem Sinne, daß das Befinden und der Zustand in keinem Verhältnis zur Schwere der Symptome stehen.

Die Prognose quoad vitam ist günstig zu stellen, in der Literatur wird nur von einem Falle (Voisin) berichtet, bei welchem eine Hysterische im dritten Anfalle zugrunde geht. Leider wird der Fall nur ganz kurz mitgeteilt, so daß er an Wert für die Beurteilung verliert. Bei der Obduktion fanden sich spastische Verengerungen des Darmes. Quoad sanitutinem ist die Prognose ungünstiger zu stellen.

Die Operation hat in den Fällen von hysterischem Ileus geringen oder gar keinen Erfolg, genau wie bei der hysterischen Epityphlitis. Es ist dies eigentlich auffallend, denn man sollte erwarten, daß ein so mächtiger Eingriff, wie ihn jede Laparotomie darstellt, von nachhaltiger suggestiver Wirkung auf die Hysterischen sein sollte. Dennoch traten gar nicht selten wieder Ileusanfälle auf, und es sind in der Literatur Fälle beschrieben, welche drei- bis viermal immer mit negativem Befund und Erfolg operiert wurden. Auch in unserem Falle hatte die vierte Operation, welcher sich der Patient nun schon unterzog, wenig Nutzen gestiftet.

Was die medikamentöse Behandlung anlangt, so könnte bei den spastischen Zuständen Atropin, beim paralytischen Ileus Physostigmin versucht werden, doch hat man auch damit sehr geringe Erfolge erzielt. Am meisten Nutzen stiftete noch die psychische Behandlung und es sind einige Fälle beschrieben, welche durch Unter-

bringung in eine Nervenheilanstalt vollkommen zur Ausheilung kamen.

Legen wir uns nun die Frage vor, um welchen Zustand es sich bei unserem Falle gehandelt hat, so glaube ich mit Bestimmtheit annehmen zu müssen, daß der Ileus in der Hauptsache auf Darmspasmen zurückzuführen ist, da zu wiederholtenmalen die vermehrte Peristaltik durch die Bauchdecken hindurch zu sehen war. Daß man bei der Eröffnung des Leibes keine kontrahierten Darmschlingen sah, mag wohl seinen Grund darin finden, daß durch die Narkose der Spasmus zurückging. Außerdem bekam man ja auch den ganzen Darm nicht zu Gesicht, da wegen der flächenhaften Verwachsungen keine vollständige Eventration vorgenommen wurde. Es ist demnach nicht ausgeschlossen, daß auch in der Narkose noch eine Darmstrecke kontrahiert war. Daß kein eigentliches mechanisches Hindernis vorhanden war, ergab sich ja, wie schon erwähnt, aus dem Umstand, daß die Därme keine Auftreibung zeigten und nirgends irgendwelche entzündliche Reizung der Därme oder des Peritonemus sich vorfand. Da der Ileus, vom Beginn der ersten Erscheinungen an gerechnet, bis zur Operation insgesamt 12 Tage gedauert hatte, so hätte der Darmtraktus unbedingt sichtbare Spuren beim Vorhandensein eines wirklichen Hindernisses zeigen müssen.

Das Einzige, was der Erklärung für spastische Zustände zu widersprechen scheint, ist der ausgeprägte Meteorismus, welcher bei dem Patienten zur Beobachtung kam. Beim Ileus spasticus pflegt kein Meteorismus aufzutreten, weil beim Krampfe des Darmes einer Resorption der über der verengten Stelle befindlichen Gase nichts im Wege steht (Leube, Kausch), während wir annehmen dürfen, daß beim paralytischen Ileus die Resorption der Gase behindert und damit das Zustandekommen der Darmaufblähung erklärlich ist.

Ebstein und Rosenbach haben jedoch gezeigt,

daß durch Schluckbewegungen der Hysterischen enorme Mengen von Luft durch Speiseröhre und Magen in den Darm gelangen können, wodurch eine außerordentlich starke Tympanites hervorgebracht werden kann. In einigen Fällen sind sogar Striae nach Zurückgang beobachtet worden.

Auf eine andere Entstehung des Meteorismus hystericus hat Talma hingewiesen, welcher in manchen Fällen eine tonische Kontraktion des Diaphragma für die Tympanie verantwortlich macht. Er beobachtete vier Fälle, in denen der Meteorismus in der Narkose prompt schwand und nach dem Nachlassen der Wirkung des Narkotikums ebenso prompt wiederkehrte. Beim Schwinden des Tympanites wurde trotz Aufmerkens nichts von abgehender Luft, bei der Wiederkehr nichts von Luftschlucken bemerkt. Der Tiefstand dez Zwerchfells beim hysterischen Meteorismus springt um so mehr in die Augen, als sonst dabei bekanntlich das Zwerchfell hochsteht. Eine andere Erklärung ist in diesen Fällen schlechterdings nicht möglich; denn so schnell, wie das hier geschehen, können Gase weder produziert noch resortiert werden. Unser Patient zeigte dieselben Erscheinungen inbezug auf den Meteorismus, dieser verschwand in der Narkose und kehrte nach Beendigung derselben wieder zurück, ohne daß Abgang von Winden oral- oder kaudalwärts bemerkt wurde. Zudem wurde Patient scharf beobachtet, doch konnte nie Luftschlucken bei ihm festgestellt werden. Leider wurde versäumt, eine Röntgenaufnahme zu machen, welche in solchen Fällen viel zur genauen Diagnose beiträgt. Trotzdem glaube ich mit der Annahme nicht fehlzugehen, wenn ich den Meteorismus, hervorgebracht durch tonische Zwerchfellkontraktionen gleichsam als selbständige Krankheit betrachte neben dem spastischen Ileus. Daß möglicherweise noch paralytische Zustände beim Zustandekommen des hysterischen Ileus bestanden haben, soll nicht bestritten werden.

Literatur.

Bénard, Obstruction intestinale de nature hystérique guerie par suggestion hypnotique. Rev. de l'hypnot. et psychol.-physiol. Paris 1891—92, VI. 361.

Benoit et Bernard, Un cas de tympanisme abdominal d'origine hysterique. N. iconogr. de la Salpêtrière 1900, XIII.

Bernard, Tympanite hystérique et tympanite neurasthenique. Gaz. hebd. de méd. 1899, No. 20.

Bernheim, Un cas de pseudo-tympanisme hystérique (ventre en accondeon) Soc. de méd. de Nancy. Gaz. hebd. de méd. et de chir. 1899, I. 390.

Bregmann, Koterbrechen bei Hysterischen. Neurol. Centralbl. 1901.

Bruns, Über Hysterie im Kindesalter. Jahresbuch für Kinderheilkunde. LVIII. 3. Folge. Bd. 8.

Bryant, Report of the fourth laparotomy on a hysterical patient. Medical record. 1892, p. 276.

Desnos, Sur un cas de défécation buccale. Soc. méd. des hôp. de Paris 27. XI. 91.

Ebstein, Zur Ätiologie der akut sich entwickelnden Bauchtympanie Hysterischer. Neurol. Centralblatt 83, p. 25.

Grützner, Zur Ätiologie der Darmbewegung. Deutsche Med. Wochenschr. 1894, No. 48.

Hemeter, Beiträge zur Antiperistaltik des Darmes. Archiv für Verdauungskrankheiten Bd. 8, p. 59.

Kaplan, La pseudotympanite nerveuse ou ventre en accondéon. Gaz. hebd. de méd. 1901 II, p. 829.

Kausch, Beiträge zur Hysterie in der Chirurgie. Mitteilung aus den Grenzgebieten der Chirurgie und Medizin, Bd. 17, 1907.

Klingmüller, Ein Fall von Hysterie mit Ileus. Inaug.-Diss., Halle 1893.

Latzko, Vorstellung eines Falles von hysterischer Operationssucht. Münchner Med. Wochenschrift 1900, p. 1680.

v. Leube, Über Ileus spasticus. Verhandlungen der 70. Versammlung deutcher Naturforscher und Ärzte. Düsseldorf 1898, p. 809.

Mikulicz, Vorstellung eines Falles von hysterischem Ileus. Deutsche Med. Wochenschr. 1895.

Nothnagel, Spezielle Pathologie und Therapie. Die Erkrankungen des Darmes und des Peritoneums.

Rosenbach, Über hysterisches Luftschlucken, Rülpsen und respiratorisches Plätschern im Magen. Wiener Med. Presse 1889, No. 14, 15.

Rosenstein, Eine Betrachtung von anfallsweisem Koterbrechen. Berl. Klin. Wochenschr. 1882, p. 521.

Sakoraphos, Sur un cas d'occlusion intestinale d'origine hystérique. Progrès méd. 1904 II, p. 497.

Schloffer, Über Ileus bei Hysterie. Beitrag z. klin. Chirurgie, Bd. 24, 1899, p. 592.

Schwarz, Über Ileus Hystericus. St. Petersb. Med. Wochenschrift 1904, No. 21.

Talma, Zur Kenntnis der Tympanitis. Berlin. Kl. Wochenschr. 1886, p. 369.

Derselbe, Zur Kenntnis der Tympanitis. Berl. Kl. Wochenschr. 1902, p. 89.

Verhoogen, Le Tympanisme et le metéorisme abdominal des Hystériques.

Voisin, Gaz. méd. de Paris 1876, No. 51, p. 609.

Zackendorf, Über die Pathogenese der Bauchtympanie Hysterischer. Inaug.-Diss. Göttingen 1883.

Zum Schlusse danke ich Herrn Geh. Kraske für die freundliche Übernahme des Referats, Herrn Professor Oberst für die Anregung zu dieser Arbeit sowie für die liebenswürdige Unterstützung bei derselben.

Vita.

Ich bin am 9. II. 1886 in München geboren als der Sohn des Kgl. Professors an der techn. Hochschule in München. In Nürnberg besuchte ich vier Jahre die Volksschule, neun Jahre das Realgymnasium, dann bezog ich vier Semester die Universität Erlangen, Ende meines fünften Semesters legte ich in Marburg meine ärztliche Vorprüfung ab. Nach weiteren fünf Semestern, welche ich in Erlangen und Freiburg zubrachte, legte ich daselbst meine ärztliche Hauptprüfung ab zu Anfang meines 11. Semesters.

Allen meinen verehrten Lehrern sage ich hiemit meinen verbindlichsten Dank.